IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 98)
z dnia 8 lipca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 98)

8 lipca 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, oraz **Bolesława Piechy (PiS)**, wiceprzewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– rządowy dokument „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2020" (druk nr 1239).

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mariusz Bidziński** krajowy konsultant ds. ginekologii onkologicznej, **Janusz Doś** członek Krajowego Zespołu Kontrolerów przy Krajowej Izbie Fizjoterapeutów, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Agata Polińska** wiceprezes zarządu Fundacji Onkologicznej ALIVIA, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Mariusz Kocój** ekspert w Federacji Porozumienie Zielonogórskie, **Ewa Janiuk** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Grażyna Mierzejewska** ekspert w Polskiej Unii Onkologicznej, współzałożycielka Medycznej Racji Stanu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański, Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Jak państwo widzą, mamy bardzo pracowite dwa dni, bardzo dużo posiedzeń Komisji. Stwierdzam kworum. Dzisiejszy porządek dzienny obejmuje rozpatrzenie rządowego dokumentu „Narodowa Strategia Onkologiczna – sprawozdanie za rok 2020". Przedstawia minister zdrowia. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie słyszę. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Oddaję głos panu ministrowi. Szanowni państwo, mam gorącą prośbę o sprawne procedowanie, zadawanie pytań na temat, bez obudowywania, bo czasu mamy niewiele, niecałe dwie godziny. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, mam przyjemność przedstawić dzisiaj podsumowanie realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej w jej pierwszym roku funkcjonowania, czyli w 2020 r. Narodowa Strategia Onkologiczna to program wieloletni, przyjęty uchwałą Rady Ministrów 4 lutego poprzedniego roku. Strategia w pewnym sensie zastępuje Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych, ale jest zgoła odmiennym dokumentem i narzędziem interwencji, można powiedzieć, że to jest całkiem inny wymiar tego dokumentu. Miałem przyjemność przedstawiania Narodowej Strategii Onkologicznej na posiedzeniu Komisji Zdrowia, więc myślę, że państwo pamiętają kształt tego dokumentu, ale bardzo krótko go przypomnę.

Narodowa Strategia Onkologiczna to nie jest wyłącznie program inwestycyjny, interwencyjny, to jest, można powiedzieć, szeroka strategia rozwojowa, pokazująca w różnych obszarach, co chcemy osiągnąć w onkologii do roku 2030, chociaż większość z 94 zadań w Narodowej Strategii Onkologicznej, ich realizacja jest skumulowana w latach najbliższych. Tak naprawdę ostatnie zadania do realizacji, jeśli dobrze pamiętam, są datowane na lata 2024–2025. W Narodowej Strategii Onkologicznej mamy pięć kluczowych obszarów. Wszystkie tytułujemy jako inwestycje, bo wierzymy, że Narodowa Strategia Onkologiczna to inwestycja finansowa i wysiłek intelektualny rzeszy ludzi, ekspertów, onkolo-

gów, wysiłek włożony w to, żeby poprawić obszar onkologii, przede wszystkim zwiększyć wykrywalność nowotworów we wczesnych stadiach, poprawić jakość procesów diagnostyczno-terapeutycznych, poprawić jakość życia w trakcie i po ukończeniu leczenia. Te pięć obszarów to: inwestycja w kadry medyczne, od tego rozpoczynamy, inwestycja w edukację, czyli szeroko rozumiana profilaktyka pierwotna, inwestycja w pacjenta, czyli profilaktyka wtórna i diagnostyka. Inwestycja w naukę i innowacje to przede wszystkim zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii, zwiększenie udziału pacjentów w badaniach klinicznych. Ostatni obszar to inwestycja w system opieki onkologicznej, zmiany systemowe, które rozpoczęliśmy jeszcze przed uruchomieniem Narodowej Strategii Onkologicznej, które nieustannie realizujemy, jak również istotne wsparcie inwestycyjne w obszar onkologii. Narodowa Strategia Onkologiczna to oczywiście również namacalne środki finansowe. W poprzednim roku były na poziomie 250 000 tys. zł, w roku 2021 to jest 450 000 tys. zł, od roku 2023 – 500 000 tys. zł na działania określone w Narodowej Strategii Onkologicznej. Tworzenie Narodowej Strategii Onkologicznej było jednym z fundamentów czy jednym z filarów zmian, które zaproponowaliśmy w onkologii w roku 2018. Miałem przyjemność nadzorować cały szeroki projekt zmian w onkologii, wspólnie z ówczesnym ministrem zdrowia profesorem Szumowskim przedstawiliśmy zakres zmian, który chcielibyśmy osiągnąć w onkologii. Opracowanie w Narodowej Strategii Onkologicznej cancer planu było jednym z tych filarów, które udało się nam zrealizować. Warto wspomnieć, że to jest dokument, który przygotowało wiele krajów europejskich już znacznie wcześniej. Szczerze mówiąc mieliśmy tutaj kilkunastoletnie zapóźnienie w stosunku do innych krajów europejskich. Tam funkcjonują cancer plany w już kolejnej edycji. Przygotowując nasz polski współpracowaliśmy z ekspertami z Australii, Francji, Stanów Zjednoczonych, strategia była konsultowana w największych ośrodkach tych państw, w instytucjach, które tam wdrażały cancer plany. Strategia została wysoko oceniona jako dokument kompleksowy, jako dokument wykraczający wyłącznie poza kompetencje ministra zdrowia, wykraczający wyłącznie poza obszar diagnostyczno-terapeutyczny. Jak powiedziałem, tam cancer plany są już na nieco innym poziomie rozwoju, zadania skupiają się częściej na wybranych fragmentach, wybranych grupach nowotworów, u nas jest jednak podwalina i działania systemowe są znacznie szersze.

Szanowni państwo, w roku 2020 zaczęliśmy wdrażanie 33 zadań, czyli mniej więcej 1/3 z Narodowej Strategii Onkologicznej. Warto wskazać, że w oczywisty sposób rok covidowy nie był łatwym okresem, również z punktu widzenia wielu projektów rozwojowych, projektów wdrożeniowych, projektów innowacyjnych. Wiadomo, że nie tylko my w resorcie, ale również instytucje podległe: Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencja Badań Medycznych, przede wszystkim ośrodki onkologiczne i eksperci, z którymi współpracujemy na co dzień w onkologii, przedstawiciele towarzystw naukowych w istotny sposób byli zaangażowani w walkę z pandemią. Natomiast mimo tego udało się zrealizować ogromną większość zadań, praktycznie przenieśliśmy realizację tylko kilku zadań na kolejne lata. Z tych 33 zadań tak naprawdę zainicjowaliśmy wszystkie, które były przewidziane, natomiast nie wszystkie udało się ukończyć albo nie wszystkie udało się ukończyć w takim stopniu, jak byśmy tego oczekiwali. Natomiast jeśli miałbym podsumować jednym zdaniem realizację strategii, tak jak zaraz państwu przedstawię, zrealizowaliśmy ogromną liczbę zadań, wprowadziliśmy ogromną liczbę zmian, przeprowadziliśmy wiele projektów inwestycyjnych. Mogę jedynie podziękować wszystkim moim współpracownikom i ekspertom, którzy naprawdę pracowali w tym trudnym roku covidowym, a onkologia, jak dobrze państwo wiedzą, również została dotknięta COVID-em w istotny sposób. Wiadomo, że wczesna diagnostyka, profilaktyka to obszary, w których pierwsza faza pandemii spowodowała szczególnie istotną lukę zdrowotną. Dlatego serdecznie dziękuję wszystkim ekspertom.

Szanowni państwo, krótko podsumuję, bo dostali państwo, mam nadzieję, bardzo precyzyjne sprawozdanie z realizacji zadań Narodowej Strategii Onkologicznej. Staramy się pokazać państwu wszystko tak naprawdę w sposób mocno transparentny. Pokazujemy obszary, w których udało się zrealizować zadania w pełni i te, w których coś jeszcze pozostało. Mam nadzieję, że ta forma raportu jest bardzo czytelna, precyzyjna, więc skupię się tylko na kilku aspektach i jestem do państwa dyspozycji, oczywiście w trakcie pytań.

Pierwszy obszar – inwestycje w kadry. Na rok 2020 były zaproponowane przez ekspertów przede wszystkim zmiany w zakresie kształcenia, zmiany w zakresie uwrażliwienia w procesie kształcenia na kwestie onkologii i związane pośrednio z onkologią. Dokonaliśmy zmian w szczególności w lekarskim i lekarsko-dentystycznym egzaminie końcowym – zwiększyliśmy liczbę pytań z dziedziny onkologii z 20 do 30 w LEK i z 20 do 25 w LDEK. Te zmiany weszły rozporządzeniem z 27 kwietnia b.r. i już funkcjonują. Druga zmiana, dość istotna, to jest przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w zakresie umiejętności lekarskich. Wyodrębnione zostało 20 umiejętności z zakresu onkologii, które będą certyfikowane, zgodnie z założeniami nowelizowanej ustawy o zawodzie lekarza dentysty. W dalszej kolejności planujemy dokończenie procesu konsultacji, rozporządzeń i w 2021 r. planujemy zakończenie tego zadania, czyli potwierdzania w drodze certyfikacji umiejętności zawodowych lekarzom dentystom w zakresie specjalności onkologicznych. Zakres zmian w procesach kształcenia również dotyczy zmiany programu stażu podyplomowego i zwiększenia intensywności szkoleń związanych z onkologią. Przede wszystkim wprowadzenie obowiązkowych szkoleń z profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym. Te przepisy wejdą w życie z dniem 1 marca 2022 r.

Drugi istotny obszar Narodowej Strategii Onkologicznej to inwestycje w edukację, czyli przede wszystkim profilaktyka pierwotna. Tutaj mamy jedno z niewielu zadań, których nie udało się nam zrealizować. Planowaliśmy od 1 września 2020 r. wdrożenie lekcji o zdrowiu w ramach godzin wychowawczych. Bardzo mocno w toku konsultacji, kolokwialnie mówiąc, dociskaliśmy Ministerstwo Edukacji, żeby to zadanie przyjęło do realizacji. Natomiast z powodu pandemii i tak ogromnego zamieszania w procesach kształcenia nie udało się nam tego zadania zrealizować, natomiast przygotowane zostały materiały edukacyjne dla klas 1–3, trwa opracowanie kolejnych materiałów dla klas 4–6, 7–8. Teraz planujemy zakończenie prac w roku 2021. Przygotowaliśmy dosyć atrakcyjną grę planszową „Piramida Zdrowia", w której znajduje się również wiele aspektów związanych z profilaktyką onkologiczną. Planujemy, żeby te lekcje ruszyły od 1 września 2021 r., od tego roku szkolnego. Natomiast, jak państwo dobrze wiedzą, ten system kształcenia, trudności i potencjalnie możliwe dalsze zawirowania w najbliższym roku szkolnym z powodu pandemii być może także nam to uniemożliwią. Nie chcę mówić tego jednoznacznie, jesteśmy gotowi, ale nie ma pełnej gwarancji, że uda się nam to wdrożyć z powodu pandemii.

Oczywiście z istotnych zadań, które zrealizowaliśmy, to wprowadzenie opłaty cukrowej, podatku cukrowego. Myślę, że to jest wprowadzenie innej filozofii myślenia o zdrowiu publicznym o narzędziach interwencji w zdrowie publiczne. Mam nadzieję, że to nie koniec takich narzędzi fiskalnych czy interwencyjnych. Myślę, że w toku realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej, mimo że to nie jest numeratywnie zapisane, będziemy zastanawiali się nad kolejnymi zmianami w akcyzie od wyrobów tytoniowych i myślę, że tutaj w przyszłości, może nie tak odległej, będziemy wdrażać dalsze mechanizmy fiskalne. Kontynuujemy kampanię „Planuję długie życie". To jest kampania, którą realizujemy już od początku istotnych zmian w onkologii, czyli od 2018 r. Skala kampanii jest rzeczywiście dość duża, udało się wyemitować prawie 2 tys. audycji edukacyjnych, 20 tys. spotów związanych właśnie z profilaktyką onkologiczną, wykorzystanie innych kanałów informacji, programu PracoDawca Zdrowia. O tym już rozmawialiśmy na posiedzeniu Komisji, więc nie tylko kontynuujemy i intensyfikujemy działania. Również w czasie pandemii mocno zachęcaliśmy, wykorzystując kampanie do tego, żeby hasło „Zostań w domu" nie dotyczyło kontaktu z lekarzem, nie dotyczyło profilaktyki onkologicznej i możliwości wczesnej diagnozy.

Trzeci obszar, szanowni państwo, to inwestycje w pacjenta, czyli przede wszystkim profilaktyka wtórna. Nie ukrywam, że były duże trudności z realizacją profilaktyki wtórnej w roku pandemicznym, natomiast mimo tego udało się zrealizować zadania w programach przesiewowych, jak chociażby rak jelita grubego, mammografia czy o mniejszej skali, jak Program opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka genetycznego. W przypadku zachorowań na niektóre typy nowotworów udało się kontynuować programy, udało się wydać istotne środki na ich realizację. Natomiast trzeba też zwrócić uwagę, że w tym

obszarze mamy zadania (nie ma tego na slajdzie), jak chociażby wprowadzenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ, objęcie lokalnych populacji profilaktyką. To jest dla nas bardzo ważne zadanie. Udało się na nie wyodrębnić środki poza Narodową Strategią Onkologiczną w ramach Funduszu Medycznego, którego ustawa weszła w życie w listopadzie poprzedniego roku. Tam został wyodrębniony Subfundusz rozwoju profilaktyki, którego celem jest wsparcie działań zmierzających do poprawy zdrowia i jakości życia i finansowania tych działań profilaktycznych. Jednym z filarów Subfunduszu profilaktyki jest finansowanie współczynników korygujących dla POZ. Mam nadzieję, że w drugiej połowie tego roku sfinalizujemy rozwiązania i od 1 stycznia 2022 r. ruszą narzędzia motywacyjne dla POZ za obejmowanie populacji swoich pacjentów programami profilaktycznymi, wszystkimi, które dzisiaj są dostępne, przede wszystkim cytologia, mammografia i kolonoskopia jelita grubego.

Z istotnych zadań, które realizujemy w obszarze profilaktyki wtórnej, przede wszystkim poprzez Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy, to pewne pilotaże nowych typów badań. Takim pilotażem, który można powiedzieć mocno się rozkręcił w roku 2020 i teraz intensyfikujemy pewne działania, jest pilotaż badań HPV DNA, czyli nieco inne podejście do standardów wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. Ten pilotaż, jak mówiłem, jest teraz intensyfikowany. W oparciu o ten pilotaż będziemy w przyszłości decydowali, czy te badania wprowadzać jako standard. Podobny pilotaż jest związany z testem FIT. Pandemia na pewno spowodowała, że został zrealizowany w mniejszej skali niż oczekiwaliśmy, ale jednak jest realizowany przez Narodowy Instytut Onkologii. Tutaj też warto wskazać, że test FIT stał się elementem programu 40+, programu profilaktycznego, gdzie również ten obszar onkologii został wyodrębniony właśnie poprzez badania na krew utajoną w kale, czyli test FIT, ale również badanie poziomu PSA – to jest związane z rakiem prostaty.

Szanowni państwo, myślę, że niezwykle istotny w Narodowej Strategii Onkologicznej jest obszar związany z rakiem jelita grubego i programem przesiewowym raka jelita grubego. Uchylając rąbka tajemnicy powiem, że już teraz pracujemy intensywnie z ekspertami, przede wszystkim przedstawicielami Narodowego Instytutu Onkologii, który pełni rolę ośrodka koordynującego w programie przesiewowym raka jelita grubego. Myślimy nad istotną, można powiedzieć fundamentalną zmianą w tym programie i rzeczywiście chcemy skupić się na przesiewie za pomocą testu FIT, a dopiero w drugiej kolejności w stosunku do pacjentów, którzy z jednej strony będą mieli wynik pozytywny testu, z drugiej strony nie odpowiedzą na zaproszenie do tego programu testem FIT. Do tych osób będziemy kierowali kolonoskopię. To jest duża zmiana i wcale nie taka łatwa do wprowadzenia, bo kolonoskopie po teście FIT, jak zakładają eksperci, będą znacznie trudniejsze i będą wymagały również programu szkoleniowego, może programu doposażenia ośrodków przeprowadzających kolonoskopię. Również w Narodowej Strategii Onkologicznej wpisaliśmy sobie zadanie inwestycyjne w tym obszarze, w szczególności w zakresie inwestycji w endoskopy o wysokiej rozdzielczości. To również ma wspierać potencjalnie zmianę tego programu.

Szanowni państwo, kolejny istotny obszar to inwestycje w naukę i innowacje. To obszar, w którym wcześniej przed rokiem 2019, czyli przed wdrożeniem Narodowej Strategii Onkologicznej, nie myśleliśmy tak systemowo pewnie wcale. W Narodowej Strategii Onkologicznej wyodrębniliśmy ten obszar jako jeden z pięciu kluczowych. Wierzymy, że inwestycje w naukę i innowacje w tak galopującej dziedzinie medycyny charakteryzuje się chyba największym postępem technologicznym, farmaceutycznym ze wszystkich innych dziedzin. Wierzymy, że działania, które nakreśliliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej są typowo propacjenckie, a jednocześnie, z punktu widzenia dostępu do innowacji, całkiem inaczej pozycjonujące Polskę w skali Europy niż było to wcześniej. Z najważniejszych zadań, które w tym obszarze określiliśmy, to przede wszystkim rozwój badań klinicznych w Polsce. Działania, które zrealizowaliśmy w roku 2020 poprzez Agencję Badań Medycznych, to po pierwsze, przygotowanie ustawy o badaniach klinicznych. To jest ustawa, której projekt został skierowany do uzgodnień i konsultacji publicznych w kwietniu 2021 r. Trwa analiza uwag. Myślę, że w najbliższej przyszłości projekt trafi pod dalsze obrady Rady Ministrów i niedługo do parlamentu.

Z punktu widzenia badań klinicznych Agencja Badań Medycznych przeprowadziła kilka postępowań na niekomercyjne badania kliniczne. Ponad połowa z nich dotyczyła badań w obszarze onkologii, ale warto wskazać, co zostało również określone w NSO w roku 2020 – zorganizowano i rozstrzygnięto konkursy na tworzenie centrów wsparcia badań klinicznych. Przeznaczono na to ponad 100 000 tys. zł i przynajmniej połowa z tych centrów ma być dedykowana badaniom w obszarze onkologii. Warto wspomnieć o zadaniu, które nakreśliliśmy w NSO, dotyczącym wprowadzenia rozwiązań legislacyjnych umożliwiających skrócenie czasu dostępu chorych do innowacyjnych terapii. Wprowadziliśmy to rozwiązanie do ustawy o Funduszu Medycznym, którą miałem przyjemność procedować wspólnie z państwem w parlamencie. Tam został wyodrębniony „Subfundusz terapeutyczno-innowacyjny". Ten subfundusz jest dedykowany przede wszystkim dofinansowaniu terapii innowacyjnych, finansowaniu terapii o wysokiej skuteczności klinicznej, tych które wcześniej nie weszły do systemu refundacji w Polsce. Warto wspomnieć, że pierwszy wykaz terapii innowacyjnych został przygotowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Kolejny ma zostać przygotowany do końca sierpnia, zgodnie z ustawą o Funduszu Medycznym. De facto te wykazy, zatwierdzone terapie, które uznajemy za innowacyjne, czy terapie o wysokiej skuteczności klinicznej, to pole do dalszej dyskusji, dalszych negocjacji z koncernami farmaceutycznymi, które dysponują tymi technologiami, a z naszego punktu widzenia, z punktu widzenia ustawy o Funduszu Medycznym bardzo ważne jest, że zostało zapewnione źródło finansowania. Wierzymy rzeczywiście, że ten wehikuł stworzony przez Fundusz Medyczny w istotny sposób przybliża nas do celu, który określiliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej. Skupiłem się na innowacyjnych terapiach, ale myślę, że wielokrotnie na posiedzeniu Komisji Zdrowia z dumą prezentowaliśmy pewne osiągnięcia w zakresie dostępu do terapii w onkologii. Tak naprawdę myślę, że od 2018 r. czy od 2019 r. praktycznie każda lista refundacyjna, każde obwieszczenie ministra zdrowia zawiera innowacyjne terapie lekowe z zakresu onkologii. Bardzo duże zmiany zostały wprowadzone w roku 2020 dla pacjentów w wielu różnych typach nowotworów: raku piersi, chłoniaka, przewlekłej białaczce szpikowej, ostrej białaczce limfoblastycznej, niedrobnokomórkowym raku płuc – istotne zmiany od stycznia tego roku, czerniaka – ostatnie listy refundacyjne. Myślę, że naprawdę w istotny sposób przybliżamy się do tego poziomu, który wiele krajów europejskich oferuje swoim pacjentom. W niektórych nowotworach, i to nie jest moje zdanie, tylko ekspertów, konsultantów krajowych, mamy już poziom wypełnienia jakiego oczekiwalibyśmy do pełnego leczenia pacjentów onkologicznych.

Ostatni obszar to inwestycje w system opieki onkologicznej. To jest duży obszar, bo skupiający zmiany organizacyjne, które realizujemy i będziemy realizować w przyszłości, jak też obszar inwestycyjny. Myślę, że na posiedzeniach Komisji Zdrowia poświęciliśmy już wiele godzin na omawianie niektórych z tych zmian organizacyjnych. Wymienię przede wszystkim w oczywisty sposób te największe: pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej i wdrożenie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej to działanie, które finalizujemy i jestem przekonany, że już niedługo spotkamy się w ramach omówienia projektu ustawy o KSO. Praktycznie zakończyliśmy prace w ministerstwie w tym zakresie. Można powiedzieć, że to jest ostatnia prosta w zakresie dostosowania systemów informatycznych, które mają wspierać proces zbierania danych jakościowych, bo to jest dla nas najistotniejsze w Krajowej Sieci Onkologicznej, żeby mierzyć i oceniać jakość w onkologii. Wdrożenie nowych modeli organizacyjnych – w roku 2020 udało się opracować rozporządzenie ministra zdrowia i wdrożyć w zakresie kompleksowego leczenia raka jelita grubego. 11 marca tego roku przyjęliśmy to rozporządzenie, pracowaliśmy nad nim w roku 2020. Pracowaliśmy również nad modelem organizacji opieki nad pacjentami z nowotworem płuca, czyli wdrożeniem *lung cancer unit* i de facto mam nadzieję, że jeszcze w tym tygodniu zaakceptuję i za chwilę będziemy mogli je przyjąć jako rozporządzenie ministra zdrowia. Bardzo ważny obszar, nad którym intensywnie pracowaliśmy w roku 2020, to opracowanie standardów akredytacyjnych dla pracowni i zakładów patomorfologii. Ogromna zmiana jakościowa w obszarze patomorfologii. To zadanie praktycznie zostało zakończone. Dwa pilotaże w trakcie realizacji tego zadania, standardy akredytacyjne zostały przygotowane i zaakceptowane przez radę akredytacyjną przy ministrze zdrowia,

zostały zaakceptowane również przeze mnie. Teraz rozpoczynamy proces pilotażowej akredytacji, jeśli dobrze pamiętam, 60 zakładów patomorfologii w Polsce, a od 1 stycznia 2023 r. ta akredytacja ma stać się w Polsce obowiązkową, do czego intensywnie się przygotowujemy.

Bardzo ważny obszar, szczerze mówiąc myślę, że również zaniedbany w poprzednich latach w Polsce, to wprowadzanie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno -terapeutycznego. Uruchomiliśmy projekt unijny w zakresie poprawy jakości w onkologii, oczywiście w ramach realizacji zadań z Narodowej Strategii Onkologicznej. Jesteśmy w trakcie działań, które realizujemy we współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii i z Polskim Towarzystwem Onkologii. Narodowy Instytut Onkologii ma również współpracować z innymi towarzystwami naukowymi w ramach przygotowania tych standardów. Szykujemy je w dwóch odrębnych źródłach finansowania projektów. Pięć pierwszych to: rak piersi, rak płuc, rak jelita grubego, rak jajnika, rak gruczołu krokowego. To są zadania, które realizujemy w ramach projektu unijnego, natomiast kolejne siedem przygotowuje Narodowy Instytut Onkologii z racji jego charakteru państwowego instytutu badawczego. Takie zlecenie wystawiliśmy dla Narodowego Instytutu Onkologii, co jest bardzo ważne i pokazuje pewną istotność tych standardów, ale też chcemy korzystać z najlepszych wzorców światowych. Narodowy Instytut Onkologii proceduje zawarcie umowy z NCCN, największym instytutem raka w Stanach Zjednoczonych. Kolejne 7, 3 albo 4 standardy mają być przygotowane we współpracy z ekspertami z NCCN. Myślę, że to podniesie tak naprawdę merytoryczny poziom tych standardów.

Szanowni państwo, już kończę. Jak państwo słyszą, tych zadań jest dużo. Obiecałem, że będzie szybko, ale i tak skracam jak tylko mogę. Ostatni obszar istotny finansowo to przede wszystkim obszar inwestycji w onkologii. W poprzednim roku udało się przeprowadzić postępowania konkursowe przede wszystkim w zakresie rehabilitacji. Mówię „przede wszystkim", bo po raz pierwszy wspieraliśmy obszar rehabilitacji onkologicznej. Być może to nie był najważniejszy komponent finansowy, bo najwięcej środków przeznaczyliśmy na wymianę akceleratorów do zakładów radioterapii. Udało się przeprowadzić pierwsze postępowania konkursowe na wymianę mammografów cyfrowych. Mówiłem państwu, że Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada, że w ciągu 3 lat pozbędziemy się aparatów analogowych w obszarze profilaktyki i wczesnej diagnostyki raka piersi. W poprzednim roku ten konkurs nie udał się, tak jakbyśmy tego oczekiwali. Zakładaliśmy wymianę kilkudziesięciu, udało się wymienić siedemnaście mammografów cyfrowych. Myślę, że to był również efekt pandemii i być może mniejszej aktywności niektórych ośrodków w tych postępowaniach konkursowych, ale już w tym roku zakładamy wymianę 130 mammografów, na tyle zabezpieczyliśmy środki w Narodowej Strategii Onkologicznej. Sfinalizowaliśmy i wszystkie umowy zostały podpisane. Podpisaliśmy ponad 100 umów na wymianę mammografów cyfrowych i wierzę, że w kolejnym roku, ogłaszając kolejne postępowanie, wypełnimy to zadanie i wymienimy wszystkie aparaty analogowe na cyfrowe, bo już ponad 100 ofert pokazuje, że to zainteresowanie jest znacznie większe. Budżet zaplanowany na rok poprzedni wynosił 250 000 tys. zł, wydatkowaliśmy 200 000 tys. zł. Przede wszystkim to jest pochodną mniejszego zainteresowania programami inwestycyjnymi i istotnie mniejszego wykonania niż zakładaliśmy w profilaktyce raka jelita grubego. Aby państwa trochę uspokoić staramy się, żeby te 50 000 tys. zł nie przepadło, mimo oczywiście jasnych reguł budżetowych. Procedujemy zwiększenie budżetu Narodowej Strategii Onkologicznej w tym roku ze środków, które pochodzą z oszczędności w innych zadaniach i chcielibyśmy, aby budżet został zwiększony w tym roku do 500 000 tys. zł i mamy nadzieję jeszcze to wydatkować.

Szanowna Komisjo, bardzo dziękuję. Dziękuję także za zwołanie posiedzenia Komisji, bo myślę, że to też pokazuje rangę Narodowej Strategii Onkologicznej. Ustawa faktycznie obliguje ministra zdrowia do przedstawiania sprawozdania parlamentowi, Sejmowi Rzeczypospolitej, natomiast chyba nigdy wcześniej nie było na posiedzeniach Komisji, a przynajmniej my nie jesteśmy w stanie sobie przypomnieć w ostatnich latach dyskusji o realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Narodowa Strategia Onkologiczna to najistotniejsza strategia obszarowa ministra zdrowia, więc

dziękuję panu przewodniczącemu, całej Komisji za możliwość wysłuchania i możliwość zaprezentowania wyników w roku poprzednim. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. Przede wszystkim ja dziękuję. Muszę powiedzieć, że nieczęsto to mówię, ale wyjątkowo profesjonalnie przygotowano to sprawozdanie i bardzo precyzyjnie, szeroko i pięknie zostało przedstawione. Oczywiście nie wiem, czy podczas dyskusji będziemy się zgadzać ze wszystkim, ale to jest inna historia. Natomiast niewątpliwie bardzo profesjonalnie to zostało wszystko przedstawione. Bardzo dziękujemy.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję i mam następującą propozycję. Widzę kilka zgłoszeń ze strony posłów. Ten temat cieszy się ogromnym zainteresowaniem strony społecznej, więc pozwólcie państwo, że przeprowadzę łączną dyskusję razem ze stroną społeczną. Państwo mają zdecydowanie rzadziej okazję wypowiedzieć się, czy dopytać ministra, więc przede wszystkim dajmy państwu możliwość. Zaczynając od strony społecznej będę starał się udzielać głosu na przemian, a ponieważ zgłoszeń jest bardzo dużo, wszystkich państwa proszę o bardzo krótkie wypowiedzi, żebyśmy wszyscy mogli zabrać głos.

Pani pierwsza się zgłaszała, proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Dziękuję, panie przewodniczący, za udzielenie głosu. Mam kilka pytań do pana ministra. Pierwsze pytanie. Narodowa Strategia Onkologiczna powstała w 2020 r. w miejsce Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, na które było przeznaczanych 250 000 tys. zł rocznie. Nie ma sprawozdania z realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych za rok 2019. Chcę usłyszeć odpowiedź na pytanie, kiedy otrzymamy to sprawozdanie? Pomimo wielokrotnych próśb federacji nadal nie mamy informacji, jak rozliczono rok 2019 w ramach tego programu. Chcielibyśmy wiedzieć, jak wydatkowano te środki?

Drugie pytanie dotyczy Funduszu Medycznego, o którym wspomniał pan minister. Z wypowiedzi i prezentacji wynika, że udostępniono terapie innowacyjne w ramach Funduszu Medycznego dla pacjentów onkologicznych. W związku z tym mam pytanie, które innowacyjne terapie onkologiczne zostały udostępnione pacjentom, z ilu korzystają pacjenci chorzy na raka w ramach Funduszu Medycznego? Jakie to są terapie innowacyjne, z których korzystają pacjenci chorzy na raka w ramach Funduszu Medycznego?

Trzecie pytanie dotyczy Krajowej Sieci Onkologicznej. 27 kwietnia 2021 r. pan minister Gadomski na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia złożył obietnicę, że nie dalej jak za miesiąc, czyli praktycznie do końca maja, ukaże się projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Chcę teraz prosić pana ministra, żeby złożył kolejną obietnicę kolejnego terminu projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Ostatnie moje pytanie odnosi się do kampanii medialnych. Jaka jest skuteczność i mierzalność tych kampanii? Krótko mówiąc, jakie efekty przynoszą te kampanie?

To są wszystkie pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Proszę o krótkie, zwięzłe wypowiedzi. Mam następującą propozycję, panie ministrze. Może po dwa pytania strony społecznej i posłów, następnie pana odpowiedź, żeby to nie umknęło. Później będzie kolejna runda, dobrze?

Teraz pan poseł Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Dalej już nie będzie tak słodko. Nie mam nic przeciwko temu programowi. On jest zlepkiem różnych spraw, które się dzieją, nic tutaj nie ma twórczego, ale program nie jest zły. To jest typowy program PR. To jest podsumowanie różnych spraw, które również były realizowane przez Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Są tutaj banalne rzeczy, które wstydziłbym się wpisać, jak FIT, o którym pan tak dużo mówił, badanie kału na krew utajoną, które robią wszyscy lekarze, gdy jest potrzeba albo profilaktycznie. Znajdują się również sprawy stosunkowo nowe. Jednak

chodzi mi o pewne podejście. Tak jak nie trzeba podejmować specjalnej uchwały, żeby nie kraść, tak samo nie potrzeba zebrania tego wszystkiego w dokument pn. Narodowa Strategia Onkologiczna, żeby robić te rzeczy. Nie trzeba nawet specjalnie znaczonych pieniędzy, bo gdyby one były w Narodowym Funduszu Zdrowia, to wszystkie akcje, które tutaj państwo opisują, powinny być normalnie płacone przez NZF. Oczywiście dobrze, że są znaczone pieniądze, przynajmniej wiemy, ile pieniędzy powinno iść rocznie na te wyosobnione sprawy. Oby państwo to realizowali.

Chcę naprawdę krótko powiedzieć o dwóch sprawach, może o trzech. Po pierwsze, uważam, że absolutnym wstydem jest to, co państwo tutaj wpisali, że do końca 2030 r. będzie przynajmniej 90% dostępnych terapii onkologicznych, które są w Unii Europejskiej. Przypominam, że dzisiaj mamy 30%, takie jest wykonanie. To oczywiście stawia nas na końcu krajów Unii Europejskiej, jeżeli chodzi o dostępność do różnych nowoczesnych terapii, leków, które są dopuszczone przez większość krajów Unii Europejskiej. Taka cezura czasowa, praktycznie 10-letnia, jest wstydem. To świadczy, że cały czas opieka zdrowotna jest niedofinansowana. Pojawia się zapowiedź szczepienia przeciwko HPV, ale ja przypominam, żeby zacząć szczepienia, nie musi to trwać latami. Samorządy, podejmując decyzje o szczepieniu 13-latek przeciwko wirusowi HPV, potrafią to zrealizować w przeciągu kilku miesięcy. Nie trzeba do tego wyważać otwartych drzwi. Nie wiem, po co państwo mówią: „przygotowujemy pewne decyzje legislacyjne” itd. To jest taka nowomowa – albo macie na to pieniądze i płacicie albo nie. Proszę nie zawracać głowy tematem, który jest wałkowany od lat. To jest typowa profilaktyka onkologiczna, która już dawno powinna być wprowadzona.

Mówił pan o różnych innowacjach. Przy tej okazji chcę poruszyć temat, o którym dzisiaj rozmawiałem z panem profesorem Maksymowiczem. Temat, który jest wstydem w Polsce. Chodzi mi o terapię protonową. W Krakowie jest ośrodek. Zapewne pan wie, panie ministrze, ile czasu on działa. Dziesięć lat? Mówiąc „działa”, to jest pewne nadużycie. To są innowacyjne metody. One były innowacyjne 15 lat temu, ale w Polsce to jest cały czas metoda innowacyjna. Terapia protonowa jest wykorzystywana przy wielu bardzo trudnych nowotworach, między innymi ośrodkowego układu nerwowego. Nasi pacjenci nie mają dostępu do tej terapii. W Bronowicach do tej pory, ostanie informacje mam z kwietnia, leczy się tylko czerniaka gałki ocznej. Żadnych innych nowotworów nie leczy się terapią protonową. Pacjenci wyjeżdżają do Monachium, Pragi, różnych ośrodków i potem żądają zwrotu pieniędzy. To jest przykład imposybilizmu polskiego. Jak może nie działać ośrodek, wybudowany i wyposażony za tak olbrzymie pieniądze, który jest potrzebny setkom pacjentów w Polsce i cały czas nie ma umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia? Co pan zrobił, panie ministrze, w ramach propagowania różnych innowacji i chwalenia się różnymi ciekawostkami, żeby pacjenci byli leczeni nowoczesną terapią protonową? Bardzo proszę o odpowiedź na piśmie, kiedy ten ośrodek będzie miał podpisaną umowę i będzie mógł leczyć mnóstwo chorób, które na całym świecie są kwalifikowane do terapii protonowej?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłem o krótkie wypowiedzi.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Tak, ale jestem w tym towarzystwie, przynajmniej posłów, jedynym onkologiem, więc mam prawo trochę dłużej mówić…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, skoro pan tak mówi, rozumiem, że wyjątkowo dobrze powinien wiedzieć, że ktoś kiedyś wymyślił, że ten ośrodek protonowy odda naukowcom, a nie onkologom. Proszę zapytać pana ministra Arłukowicza, żeby było jasne. Gdy się o coś pyta, warto wiedzieć. Oddano go do badań naukowych i to jest znakomite pytanie, które proszę zadać obecnym europosłom z pana formacji – dlaczego nie dano pacjentom i onkologom, tylko naukowcom.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie przewodniczący, chcę przypomnieć, że pan Arłukowicz był ministrem 6 lat temu, a państwo rządzą 6 lat i nic nie robią, żeby ten ośrodek działał.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie dał pacjentom, tylko naukowcom! Jak ktoś pyta i mówi, że jest jedynym onkologiem, warto, żeby o tym wiedział. Bardzo państwa proszę. Niepotrzebnie się zdenerwowałem. Myślałem, że w tej sprawie możemy się spierać, ale przynajmniej nie będzie polityki. Niestety, pan rozpoczął politykę. Przepraszam, także nie powinienem tego robić i mam nadzieję, że od tej chwili będziemy rozmawiali merytorycznie.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie przewodniczący, jeśli można, bardzo pana proszę, również kolegów. Siedzę tutaj i słyszę, jak niegrzecznie państwo komentują między sobą to, co mówi obecnie poseł. To jest bardzo ważna sprawa dla pacjentów, to jest troska pana posła, który jest onkologiem i doskonale się orientuje, jak wygląda sytuacja pacjentów onkologicznych. Mam również informację, że sytuacja pacjentów onkologicznych i stowarzyszeń onkologicznych jest bardzo zła. Nie krytykujemy samego programu Narodowej Strategii Onkologicznej, ale panie przewodniczący, mam dosyć mówienia przez pana, co było za naszych czasów, bo może pan zacznie mówić o sanacji przed wojną? Jesteście przy władzy od 6 lat, mogliście podjąć wiele decyzji na rzecz pacjentów, zmian, które obiecywaliście w wyborach. Proszę zajrzeć do waszego programu z 2015 r. i 2019 r. Zatem bądźmy poważni, przejdźmy do tego, co dzisiaj jest realizowane. Nie wszystko może być zrealizowane i my to rozumiemy, ale bardzo państwa proszę, żeby nie wracać i nie mówić znowu o ośmiu latach, bo nie są państwo przy władzy od miesiąca. Jeszcze jedna uwaga do pana. Pan przeszkadza posłom i więcej czasu zajmuje swoimi komentarzami niż zajęłoby posłowi skończenie wypowiedzi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, żeby była jasna sprawa. Interweniowałem tylko dlatego, że chciałbym, aby osoby fachowe wiedziały, co mówią, a nie mówiły, co wiedzą. Warto sprawdzić pewne sprawy. Proszę zajrzeć do stenogramów. My na ten temat wielokrotnie rozmawialiśmy, tylko ktoś kiedyś postanowił dać do celów naukowych coś, co powinno służyć pacjentom. Nie jest łatwo komuś coś zabrać. Możemy mówić o tworzeniu nowych ośrodków. Dlaczego tak zrobiono? To jest bardzo dobre pytanie i należy je zadać poprzednim ministrom zdrowia, pana koleżankom i kolegom.

Teraz wróćmy do rozpatrywania sprawy. Będziemy zabierać głos po kolei. Czy pan poseł chce jeszcze skończyć swoją wypowiedź?

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ad vocem chcę panu powiedzieć, że doskonale znam sytuację, wiem kto prowadzi ten ośrodek. Wiem, że są pewne administracyjne kłopoty, ale naprawdę, żeby zarejestrować enzostam i mieć umowę z funduszem nie trzeba 10 lat. Państwo, gdy chcecie, jesteście bardzo sprawni, jeżeli chodzi o wymyślanie różnych rozwiązań prawnych. A tutaj jest niemożność, która pokazuje słabość tego kraju, państwa i nie można zorganizować prostej sprawy. Za chwilę pan będzie mógł mówić, panie pośle Hoc, ile osób umarło na stadionie, bo za każdym razem to słyszymy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Teraz ktoś ze strony społecznej. Bardzo proszę.

Wiceprezes Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

Dzień dobry. Agata Polińska, Fundacja ALIVIA. Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Panie ministrze, bardzo dziękuję za to sprawozdanie. Był pan uprzejmy przedstawić sprawozdanie z realizacji zadań, niestety nie z realizacji celów, które zostały ujęte w ustawie o Narodowej Strategii Onkologicznej. Przypominam, że w latach 2006–2019 był prowadzony Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Co roku na ten cel było przeznaczanych 250 000 tys. zł. Niestety, żaden z założonych celów nie został zrealizowany. W związku z tym program został przemia-

nowany na Narodową Strategię Onkologiczną. Chciałabym teraz przypomnieć, jaki był cel nadrzędny i cele szczegółowe Narodowej Strategii Onkologicznej i poprosić pana ministra o określenie, w jakim stopniu te cele zostały zrealizowane? Nadrzędnym celem Narodowej Strategii Onkologicznej był wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat – proszę wszystkich o uwagę – od zakończenia terapii onkologicznej. Chcę zwrócić uwagę, że na całym świecie definicja przeżyć pięcioletnich, czyli tzw. *five-year survival rate*, odwołuję się do słownikowej definicji National Cancer Institute, to jest odsetek osób, które przeżyły pięć lat od diagnozy lub rozpoczęcia leczenia. Zdefiniowanie nadrzędnego celu Narodowej Strategii Onkologicznej jako wzrostu odsetka przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, automatycznie powoduje, że ta strategia nie obejmuje pacjentów, których leczenia nie można zakończyć, ponieważ będą oni leczeni przewlekle aż do śmierci albo leczenie zostanie zakończone tuż przed śmiercią. W związku z tym, ta strategia obejmuje tylko część pacjentów, a mianowicie, u których leczenie jest nastawione na leczenie radykalne. W tej sprawie wysłałam pismo do pana ministra, w którym zadałam pytania, dlaczego nadrzędnym celem jest odsetek osób przeżywających pięć lat od zakończenia terapii onkologicznej? Co dokładnie mierzy ten wskaźnik? Jakie przesłanki naukowe stały za sformułowaniem takiego wskaźnika? Pan minister odpowiedział, że grono ekspertów stwierdziło, iż to jest najbardziej optymalny wskaźnik do mierzenia efektywności wydatkowania publicznych pieniędzy. Pytałam również, jakie inne kraje Unii Europejskiej mierzą tak zdefiniowany wskaźnik jako miernik opieki onkologicznej? Nie dostałam odpowiedzi na to pytanie. Nie dostałam również odpowiedzi na pytanie, jaka jest wartość bazowa tego wskaźnika i jaka jest wartość docelowa? De facto cel nadrzędny jest nieokreślony na wejściu i nieokreślony na wyjściu. Nie wiemy, od jakiego punktu zaczynamy i do czego de facto dążymy w ramach realizacji tej strategii. Przypominam również, że celami strategii zdefiniowanymi w ustawie są…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze raz przypominam o krótkim czasie, bo pani koleżanki i koledzy nie zabiorą głosu. Mamy salę do określonej godziny i nie możemy być ani minuty dłużej, żeby była jasna sprawa.

Wiceprezes Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

Panie przewodniczący, mówię o najbardziej istotnych kwestiach.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, tylko, jeśli każdy będzie mówił 5–7 minut, połowa ludzi nie zabierze głosu.

Wiceprezes Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

Jeżeli nie będziemy mówili o celach, dla których ta strategia została powołana, to możemy darować sobie jej sprawozdawanie, bo cele nie zostaną zrealizowane. Nie zostały zrealizowane przez 14 lat prowadzenia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Jeśli nie będziemy tym się zajmować, możemy w ogóle nie zajmować się tym tematem, bo to jest bez sensu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jedna uwaga do pani. Trudno, żeby po roku lub dwóch latach działania programu ocenić pięcioletnie przeżycia. Będziemy mogli to ocenić za trzy lata. Wtedy będziemy mogli powiedzieć, czy ten program zacznie przynosić jakieś efekty. To będzie wiadomo po pięciu, sześciu, siedmiu latach, bo pięcioletnich przeżyć nie można ocenić po dwóch latach czy po roku.

Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Wiceprezes Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

Przytoczę zatem cytat z publikacji z Centrum Onkologii…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę, żeby pani nie przytaczała, bardzo proszę.

Wiceprezes Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

„Wiele rejestrów nowotworowych publikuje chorobowość jednoroczną, trzyletnią i pięcioletnią…”

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale proszę pani, my wszyscy o tym wiemy, tylko że strategia działa od roku.

Wiceprezes Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

„…ponieważ każdy z tych czynników może być interpretowany jako odpowiedni miernik rozpoczęcia leczenia, szybkość diagnozy i jakości opieki klinicznej lub wyleczenia”. Dziękuję. Będę wdzięczna za nieprzekrzykiwanie strony społecznej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście, rak to jest poważny problem. Na całym świecie 10 mln osób umiera rocznie z powodu nowotworu, w Polsce około 100 tys. To jest druga przyczyna zgonów w Polsce – 40% umiera z powodu chorób układu krążenia, 25% z powodu nowotworu. Musimy sobie powiedzieć jasno i wyraźnie, że nie potrafimy rozmawiać o raku. Nawet dzisiejsza dyskusja sprowadza się do tego, że niektórzy wydają się sfrustrowani i ciągle krytykując, nie poprawiają sprawy. Jeśli przeciętny obywatel nas słucha, praktycznie nie ma przekonania do tego, co mówimy – rak to nie wyrok. To jest leczenie, to jest choroba przewlekła, trzeba ją leczyć, nie należy bać się raka. Natomiast, jeśli obywatel słucha poważnych polityków, którzy cały czas deprecjonują medycynę, postępy, innowacje, to praktycznie boi się on rozpoznania. Nie bójmy się rozpoznania. Tylko wczesne rozpoznanie daje gwarancję wyleczenia raka. Rak to nie wyrok. Wskaźnik przeżywalności raka piersi w Polsce, czyli pięć lat od postawienia diagnozy, wynosi 94,5%. Ale w krajach OECD wynosi 97,4%, czyli jest jeszcze wyższy. Co prawda, mamy czwarte miejsce od końca, ale robimy postęp. Czy pani wie, co to jest Kadcyla, trastuzumab emtanzyna? Jeszcze cztery lata temu nikt nie słyszał o takim leku. A teraz w raku piersi ma pani HER2 dodatni, HER2 ujemny, ma pani hormonozależne leczenie. To są bardzo drogie leki. Przedtem nikt nie miał pojęcia, że istnieją, a one był dostępne na świecie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę pana przewodniczącego, żeby mówił to samo, ale nie zwracając się do kogoś z dyskutantów, tylko w ramach swojej wypowiedzi.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Przepraszam. W każdym razie postęp jest olbrzymi. Oczywiście postęp kosztuje, ale życie ludzkie nie ma ceny. Chirurgia robotyczna. Czy ktoś kiedyś myślał o robocie da Vinci, który bardzo pięknie operuje kwestie prostatektomii, choroby raka gruczołu krokowego, czy kwestie ginekologicznego raka? Zatem jest postęp i trzeba to zauważać, trzeba mówić ludziom, żeby się badali, wykrywali wcześniej, bo praktycznie w każdym stanie mamy pomoc. Ważne jest, że w stanie wczesnego wykrycia mamy pomoc w 94%, natomiast w zaawansowanym stanie przeżywalność pięcioletnia wynosi 40%, podobnie jest na świecie. Wasze ciągłe narzekania, frustracja nigdy nie pomaga w edukacji, uświadomieniu ludzi. Mówmy o pewnych aspektach. Teraz jest profilaktyka 40+. Jeśli mówimy o kale na krew utajoną, panie doktorze, myślimy o nowoczesnym, immunochemicznym badaniu, nie o FIT. Kto ma w rodzinie osobę z rakiem jelita grubego albo choroby sprzyjające, na pewno musi zrobić to badanie. To nie jest nic wstydliwego. Mamy PSA – podstawowy marker do różnicowania raka od łagodnego rozrostu gruczołu krokowego. Dlaczego to mamy wyśmiewać, kpić albo wstydzić się tego?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę o skrócenie wypowiedzi, panie przewodniczący.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Proponuję, żebyśmy umieli rozmawiać o rozpoznaniu raka, abyśmy stwarzali taki klimat, że każdy obywatel zawsze powinien być przeświadczony, że im wcześniej wykryje raka, ma szansę na wyleczenie nawet do 99%. Zatem to jest edukacja, uświadomienie. Zamiast ciągle narzekać i krytykować, wydobądźcie coś, co jest dobre. Jak mówił pan minister, niedrobnokomórkowy rak płuc, nieoperacyjny, zaawansowany, wszystkie białaczki, czerniak złośliwy – kiedyś nie było żadnej szansy na przeżycie nawet kilkumiesięcznej. Apeluję o rozsądek.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Teraz pan minister odpowiada po tych czterech wypowiedziach.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Zacznę od pytań pana posła Hardie-Douglasa. Nie ukrywam, że jestem wstrząśnięty tą wypowiedzią. Zdążył pan, panie pośle, obrazić chyba wszystkich liczących się w kraju onkologów i wszystkie liczące się towarzystwa naukowe w obszarze onkologii, które funkcjonują w Polsce, mówiąc, że to wstyd wpisywać w strategie takie rzeczy i cele, że to jest zlepek różnych kwestii, które się dzieją itd. Panie pośle, pozwolę sobie panu przeczytać 27 nazwisk, autorytetów w dziedzinie onkologii w Polsce, kogo pan obraził. Pan przyjął założenie, że minister zdrowia lub ja usiadłem w kulisach gabinetu i napisałem Narodową Strategię Onkologiczną. Otóż nie. Napisali ją najlepsi eksperci w kraju, konsultowaliśmy ją z ekspertami z Francji, Australii. Teraz miałem spotkanie z Komisją Europejską w toku negocjacji Krajowego Planu Odbudowy – arcy wysoko ocenili Narodową Strategię Onkologiczną. Powiedzieli, że to jest świetny, strategiczny dokument. A pan nazywa go zlepkiem różnych kwestii, które się dzieją. Panie pośle, one dzieją się tylko dlatego, bo mamy determinację ją realizować, bo wcześniej nie działo się nic. Nikt nie napisał cancer planu, nikt wcześniej nie przygotował standardów i wytycznych, nikt nie zajął się rozwiązaniami interwencyjnymi, jaki zaproponowaliśmy w Funduszu Medycznym itd. Dlatego to zostało odzwierciedlone w Narodowej Strategii Onkologicznej. Nie będę czytał tych 27 nazwisk, natomiast myślę, że wszystkim osobom, które przygotowały się do niej i zaangażowały jest arcy przykro słuchać takich słów, co więcej – nieprawdziwych, absolutnie nieprawdziwych. To jest naprawdę wysokiej jakości dokument, uważam, że jedna z najlepszych strategii obszarowych, jaką kiedykolwiek mieliśmy. A to, że w onkologii dzieje się, myślę, że mogą potwierdzić organizacje pacjenckie i profesorowie. Myślę, że w onkologii nigdy nie działo się tyle, co w ostatnich trzech latach i nigdy tylu zmian nie przepracowaliśmy.

Jestem podwójnie zawiedziony opowiadaniem o terapii protonowej. Panie pośle, pan jest onkologiem, zatem od pana oczekiwalibyśmy, że występuje pan jako autorytet i absolutnie wie, co mówi. Mówienie, że tam nie ma kontraktu z NFZ, że jedyni pacjenci leczą gałkę oka, to są niewiarygodnie nieprawdziwe rzeczy. Po pierwsze, faktycznie, ośrodek w Bronowicach funkcjonuje od roku 2011 w zakresie radioterapii protonowej czerniaka błony naczyniowej gałki ocznej, a od 2016 r. jest prowadzona radioterapia protonowa na stanowiskach gantry w różnych obszarach. Lista wskazań, którą mamy w Polsce jest znacznie dłuższa niż tylko gałka oczna. Aby uspokoić pana posła, do końca 2020 r. zostało napromieniowanych prawie 300 pacjentów z nowotworami oka i ponad 400 pacjentów we wszystkich innych schorzeniach leczonych na stanowiskach gantry. Co więcej, żeby uzmysłowić, jak zintensyfikowaliśmy tę pracę, w latach 2016–2018 było 60–70 pacjentów rocznie, w latach 2019–2020 – 115–133 i myślę, że ostatnia aktywność Narodowego Instytutu Onkologii za czasów, kiedy pełnił obowiązki dyrektora profesor Składowki konsultant krajowy do spraw radioterapii, jeszcze bardziej to napędzi i szacujemy, że rocznie możemy przyjmować około 300 pacjentów w tym ośrodku. Aby doprecyzować i nie mówić, że nic nie robimy, powiem, że nie tak dawno, w roku 2019, wspólnie z konsultantem krajowym istotnie rozszerzyliśmy wskazania, które są w Polsce refundowane w radioterapii protonowej i być może ciągle jeszcze tych wskazań jest nieco mniej niż w krajach europejskich, ale to rozszerzenie było naprawdę istotne. Przepraszam, szukam na szybko, to nie jest temat dzisiejszego posiedzenia Komisji, może nie uda się

mi znaleźć, ale zachęcam do rozporządzenia ministra zdrowia – „Rozszerzenie wskazań w radioterapii protonowej".

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chcę tylko zauważyć, że 100 pacjentów rocznie to jest 10 na miesiąc…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że w ten sposób nie prowadźmy dyskusji, a po drugie, nie kłóćmy się z faktami. Kiedyś było ich kilkudziesięciu. Pan minister odpowiada i naprawdę szanujmy się.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Wcześniej pan poseł mówił, że nie ma kontraktu, a teraz mówi, że 100 pacjentów to za mało. Przyjmiemy 300 i też będzie za mało. Odpowiadając na pytania strony społecznej, chętnie podyskutuję o celach, jakie osiągnęliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej, ale zachęcam do lektury. Cele zostały zapisane w taki, a nie inny sposób, przyjęte przez autorytety, przez ekspertów, Radę Ministrów. Jak tylko pojawi się możliwość, gdy będziemy mogli rozliczyć się z tych celów, zapewniam państwa, że w oczywisty sposób to zrobimy. Sprawozdanie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych za rok 2019 faktycznie nie powstało, ale dlatego, że powstać nie musiało, nie było podstawy prawnej, przepisy zmieniły się, więc minister zdrowia nie miał obowiązku przygotowania tego sprawozdania.

Pytali państwo o terapie innowacyjne, jakie zostały dedykowane do onkologii. Chcę zwrócić uwagę na dwie sprawy. Po pierwsze, to co najważniejsze. Ustawa o Funduszu Medycznym, o której mówiłem, że jest realizacją jednego z zadań Narodowej Strategii Onkologicznej, przybliżającego nas do celu w zakresie pokrycia innowacyjnych terapii, to działanie związane z przygotowaniem rozwiązań legislacyjnych. Te rozwiązania legislacyjne zostały przygotowane, co więcej, już funkcjonują, bo Agencja Oceny Technologii Medycznych przygotowała pierwszy wykaz terapii innowacyjnych. Faktycznie, na pierwszym wykazie znalazły się w większości albo wszystkie terapie związane z leczeniem chorób rzadkich, a nie onkologicznych. Trzeba też pamiętać, jaka jest metodologia przygotowywania tego wykazu, o jakich technologiach mówimy i naprawdę zachęcam do dalszego śledzenia, bo Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ma do końca sierpnia przygotować wykaz technologii lekowych o wysokiej skuteczności klinicznej, tych, których nie refundujemy w Polsce, czyli zrobić swoistą analizę luki pokrycia w Polsce. Absolutnie nie zgadzam się z panem posłem, że mamy 30% pokrycia, bo tego pokrycia, w zależności od metodologii, mamy między 60% a 90%. Myślę, że wtedy znajdą się terapie onkologiczne. Natomiast zakładam, że wraz z naszym rozwojem potencjału, dalszymi pracami agencji, na kolejnych listach terapii innowacyjnych, bo przecież to nie jest działanie jednorazowe, również będą znajdować się terapie z zakresu onkologii.

Pytała pani o ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej. Jak już mówiłem, finalizujemy te prace i mam nadzieję, że gdy uporamy się z kwestiami systemu informatycznego, który będzie strawny i rozwiązania będą łatwo akceptowalne dla świadczeniodawców, jak najbardziej je przedstawimy. Odnośnie do kampanii medialnych, na rok 2020 mieliśmy przygotowaną ewaluację kampanii medialnej „Planuję drugie życie" i to było jedno z zadań, które sobie założyliśmy, że przeprowadzimy ewaluację, natomiast z powodu pandemii zrezygnowaliśmy z tego, bo wynik mógł być jednak istotnie wypaczony. Przygotujemy taką ewaluację w tym roku. W oczywisty sposób kampanie medialne, czyli to, co przedstawia sprawozdanie z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej, mają naprawdę szeroką skalę, są celowane w media ogólnopolskie i regionalne, docierają w różny sposób, czyli poprzez telewizję, radio, prasę, wykorzystujemy także ekspertów. Zresztą wiele różnych audycji edukacyjnych jest przygotowywanych wspólnie z konsultantami krajowymi, ekspertami z Narodowego Instytutu Onkologii, więc myślę, że te działania są zdecydowanie widoczne.

Jeszcze raz wrócę do terapii innowacyjnych, bo obawiam się, że pytań będzie więcej, zachęcam do wnikliwej lektury sprawozdania. Na stronie 70 są wymienione tylko terapie refundowane w zakresie onkologii w roku 2020, na oko 30 nowych cząsteczek. Jeżeli mówicie, że nie idziemy z postępem innowacyjnym, naprawdę nie wiem, czego państwo oczekujecie. Kątem oka widzę pana profesora Bidzińskiego. Myślę, że jeśli pan profesor,

jako konsultant krajowy ginekologii onkologicznej, będzie chciał zabrać głos, to może w obiektywny sposób powie, chętnie posłucham, nawet gdyby to miałaby być krytyka, czy w ostatnich latach rzeczywiście listy refundacyjne dają pacjentom nowe i innowacyjne terapie czy nie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zaczynamy kolejną rundę. Szanowni państwo, jeszcze raz przypominam, posiedzenie Komisji jest zaplanowane do godziny 13.00, a na oko zgłosiło się jeszcze przynajmniej 10 osób. Bardzo proszę.

Członek Krajowego Zespołu Kontrolerów przy Krajowej Izbie Fizjoterapeutów Janusz Doś:

Dzień dobry. Dziękuję, panie przewodniczący. Janusz Doś Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Pracuję 25 lat z pacjentami onkologicznymi. Powiem syntetycznie o czterech punktach, które mam nadzieję zostaną uwzględnione w dalszych pracach dotyczących Narodowej Strategii Onkologicznej. Punkt pierwszy – inwestycje w kadry. Nie ukrywam, że zależy nam bardzo, aby wprowadzić nie tylko działania edukacyjne dla lekarzy, ale również uwzględnić fizjoterapeutów w działaniach edukacyjnych. Proszę pamiętać, że to jest ponad 70 tys. pracowników wykonujących zawód medyczny, stąd w programach kształcenia, jak również w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapia, brakuje odniesienia do onkologii. Jesteśmy przekonani, że w tym zakresie możemy wesprzeć działania diagnostyki.

Punkt drugi – inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna. Zdecydowanie działania i programy, które pojawiają się w mediach, to są programy nakierowane na działania prewencji pierwotnej. Niestety działania, które znalazły się w Narodowej Strategii Onkologicznej dotyczące prewencji wtórnej, oceniamy, że nie spełniają pewnych standardów i nie są dedykowane dla pacjentów prewencji wtórnej. Stąd prosimy o ściślejszą współpracę. Myślę tutaj o programie „8 tygodni do zdrowia”. To jest zdecydowanie prewencja pierwotna, a nie jest dedykowana dla pacjentów onkologicznych w prewencji wtórnej. Apeluję o ściślejszą współpracę z Krajową Izbą Terapeutów. Jesteśmy w stanie podpowiedzieć takie kierunki i rozwiązania, które byłyby efektywniejsze i skuteczniejsze.

Punkt trzeci – inwestycje w system opieki onkologicznej. Niesłychanie ważna sprawa. Dziękujemy za zauważenie, docenienie możliwości i skuteczności rehabilitacji w *cancer unit*. Niemniej jednak dostrzegamy to jedynie w kompleksowej opiece onkologicznej raka piersi, czego zabrakło już niestety we wprowadzanych w ostatnim okresie świadczeniach kompleksowej opieki onkologicznej, np. przy raku jelita grubego. Znalazło się wsparcie psychologiczne, jest ono bardzo ważne, natomiast bardzo ubolewamy nad tym, że nie ma tutaj informacji i obszaru zarezerwowanego dla rehabilitacji.

Punkt czwarty – również dotyczy inwestycji w system opieki onkologicznej. Nie ukrywam, że pracuję w ośrodku, który jest beneficjentem środków pozyskanych na rehabilitację, na sprzęt do rehabilitacji onkologicznej. Mamy nadzieję, że ten kierunek będzie uwzględniony. Niemniej jednak mam uwagę, aby nie zawężać do konkretnej listy sprzętu, aby pozostawić ośrodkom możliwość zakupu takiego sprzętu, jaki jest im potrzebny, bo jest duża specyfika poszczególnych ośrodków i mamy niestety zawężone możliwości. Również proszę, aby nie zawężać…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę o skracanie wypowiedzi. Prosty rachunek – 5 razy 10 wynosi 50, czyli już nie wszyscy, którzy się zgłosili, zabiorą głos. A widzę jeszcze kolejne zgłoszenia. Państwo, swoimi wydłużonymi wypowiedziami, eliminujecie kolejne osoby.

Członek KZK przy KIF Janusz Doś:

Chcę tylko dokończyć zdanie. Chodzi o niezawężanie listy do sprzętu, który został wskazany, jak również niezawężanie możliwości przystąpienia do konkursów w ośrodkach, które nie mają zatrudnionych lekarzy na pełnym etacie w zakresie rehabilitacji leczniczej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Masłowska.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Panie ministrze, bardzo dziękuję za pana pracę i całego zespołu w przygotowaniu tego dokumentu, który jest syntetyczny, bardzo przejrzysty. Uważam, że trzeba mieć trochę pokory wobec wiedzy i pracy innych. Uważam, że to jest wielka sprawa i osiągnięcie, że mamy w jednym miejscu taki dokument i będziemy mogli dalej śledzić postępy w tym zakresie. Mam pytanie. Szczególnie zainteresowało mnie wprowadzenie do porządku prawnego nowego katalogu umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów podlegających certyfikacji, ponieważ to jest przyspieszona, skrócona droga do uzyskania większej liczby specjalistów w tych wąskich dziedzinach. Jeśli chodzi o stomatologię, nowotwory węzłów chłonnych zmniejszają się, natomiast przesuwa się to w kierunku nowotworów śluzówki, dlatego przyspieszone kształcenie lekarzy dentystów będzie miało dobre rezultaty. Chcę zapytać, gdzie możemy poznać katalog umiejętności, który został doprecyzowany? W jaki sposób lekarze mogą zdobywać te uprawnienia? Czy to jest już na tym etapie, czy na razie są przygotowywane prawne rozwiązania w tym kierunku? Jest napisane, że ukończenie tego zadania nastąpi w 2021 r. Czy pan minister może powiedzieć dwa zdania na ten temat? Uważam, że to jest bardzo dobry kierunek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan profesor, bardzo proszę.

Krajowy konsultant ds. ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Dziękuję, panie przewodniczący, za udzielenie głosu. Jestem reprezentantem Narodowego Instytutu Onkologii, jednocześnie konsultantem w zakresie onkologii ginekologicznej. Przysłuchując się tej dyskusji muszę powiedzieć, że 30 lat pracy w onkologii to jest doświadczenie, które miałem okazję obserwować w poszczególnych etapach rozwoju onkologii i nie ukrywam, nie mówię przez jakąkolwiek grzeczność, że ostatnie dwa, trzy lata w zakresie onkologii to nie tylko dokonania, jeżeli chodzi o przyspieszenie technologii, ale również struktury, która zaczyna być coraz bardziej prosta.

W tej chwili mówię jako przedstawiciel organizacji pacjenckich. Do mnie zwracają się pacjentki, pytając, co i jak należy zrobić, żeby rzeczywiście system działań był jak najbardziej przejrzysty. Muszę powiedzieć, że coraz więcej słyszę entuzjazmu w tych rozmowach, przede wszystkim przychylności. Dzięki staraniom ministra zdrowia w ostatnich latach naprawdę poprawiła się technologia w zakresie ginekologii onkologicznej, nie chcę mówić o całej onkologii, ale myślę, że moi koledzy, którzy ze mną pracują mogą wyrazić podobną opinię. Przede wszystkim budujemy właściwy system pracy w onkologii. Nie jest sztuką wydać pieniądze, ale sztuką jest racjonalnie wydać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz pan przewodniczący Miller. Proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Szanowni państwo, nie będę osobiście komentował wypowiedzi pana ministra. Pozwolę sobie przeczytać fragment raportu NIK dotyczący Centrum Cyklotronowego w Bronowicach. „W latach 2015–2020 wykorzystanie potencjału centrum było niskie. Leczenie nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku poddano zaledwie 360 pacjentów, wobec możliwości centrum ustalonej na 400 osób rocznie, dlatego że w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa szpitalnego figurowała zawężona liczba wskazań. Spowodowało to stratę na działalności leczniczej centrum, która od 16 października 2015 r. do 30 czerwca 2020 r. wyniosła 4 700 tys. zł. Pierwotne zalecenia ekspertów, w tym zespołów konsultanta krajowego do spraw radioterapii protonowej, dotyczyło blisko 50 nowotworów złośliwych. Jednak na polecenie ministra zdrowia lista przekazana Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji obejmowała wyłącznie 10 wskazań, z czego agencja pozytywnie zaopiniowała 7 przypadków nowotworów złośliwych, kwalifikujących się do protonoterapii. W konsekwencji tylko w latach 2016–2018 możliwość skorzystania z terapii ominęła połowę spośród 429 pacjentów. Dopiero w 2019 r. listę poszerzono o kolejne 9 wskazań”.

Szanowni państwo, uznajemy i dostrzegamy pewne rzeczy, które się dzieją, ale nasza dyskusja musi być uczciwa i musimy wykazywać plusy i minusy, bo taka jest odpowiedzialność posłów. Tutaj są ewidentne sprawy zawalone przez ministra zdrowia. Natomiast zupełnie co innego usłyszałem od pana ministra, który bardzo chwalił postępowanie ministerstwa w tym zakresie. Zwracamy się do państwa, abyście podjęli jak najszybciej działania, bo wskutek braku tych działań umierają pacjenci, którzy nie są poddawani nowoczesnej terapii. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Teraz znowu czas na odpowiedź pana ministra. Panie ministrze, skoro kolejny raz pojawia się kwestia terapii protonowej, dopytam jeszcze o perspektywę w kolejnych latach, tworzenia kolejnych ośrodków terapii protonowej, bo to jest niezwykle oczekiwane. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Będę starał się odpowiadać jak najszybciej, żeby pytań było więcej. Protony. Panie przewodniczący, mówiłem, że w roku 2019 rozszerzyliśmy te wskazania. Nie malowałem trawy na zielono i nie mówiłem, że one były od początku. Zauważyliśmy to i w roku 2019 wspólnie z profesorem Składowskim uznaliśmy, że warto dokonać rozszerzenia, aby kwalifikowane grupy pacjentów mogły być szersze. Dzisiaj ta kwalifikacja jest mniejsza niż oczekiwalibyśmy, ale to jest temat na odrębne posiedzenie Komisji Zdrowia. To nie wynika wyłącznie z systemu wskazań, tylko z faktu, że wiele ośrodków w Polsce nie kwalifikuje do tej terapii, tylko przytrzymuje pacjentów u siebie na radioterapii. Niestety jest kilka ośrodków, które kwalifikują do tej terapii, w szczególności trzy oddziały Narodowego Instytutu Onkologii.

Odnośnie do fizjoterapeutów, przyjmuję postulaty Krajowej Izby Fizjoterapeutów z otwartością. Po pierwsze, w Narodowej Strategii Onkologicznej, w planach dotyczących różnych jednostek leczenia kompleksowego, zauważyliśmy rehabilitację onkologiczną. Może mniej niż są oczekiwania, może potrzebujemy jeszcze trochę czasu, aby zrealizować zadania w tym obszarze, natomiast faktycznie zauważyliśmy postępowania konkursowe. Lista sprzętów powstała oczywiście w uzgodnieniu z konsultantem krajowym i ekspertami. Jestem otwarty na postulaty dotyczące zmiany, ale proszę pamiętać, że tam ustaliliśmy dolną granicę 10 tys. zł na sprzęt. Nie chodzi o to, aby minister zdrowia w postępowaniach konkursowych finansował „drobnicę”. Ośrodki powinny finansować bieżące zakupy w ramach własnych potrzeb. Natomiast, jeśli KIF będzie miał jakieś postulaty dotyczące droższych sprzętów, chętnie się zapoznam. Na pewno warto. W toku dalszej dyskusji możemy zastanowić się, jak uwzględnić fizjoterapeutów w tym obszarze edukacyjnym, bo tutaj widzę dosyć duży potencjał.

Pani poseł Masłowska pytała o certyfikację. Próbowałem na szybko dowiedzieć się więcej szczegółów, na jakim etapie jest to rozporządzenie. Nie udało się mi. Może w toku posiedzenia Komisji wrócę do tego tematu, gdy ustalimy. Rzeczywiście, w myśl ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadziliśmy system certyfikacji i umiejętności. Te prace nad rozporządzeniem i certyfikacją z punktu widzenia merytorycznego w mojej ocenie są zakończone i jedynie kwestie formalne są przeciwskazaniem, żebyśmy dalej procedowali te rozporządzenia. Jeśli uda mi się ustalić, wrócę z odpowiedzią. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś ze strony społecznej chcę zabrać głos? Proszę bardzo. Przypominam, że są rygory czasowe, szanujmy się wszyscy. Pytanie – odpowiedź. Proszę się przedstawić.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Chcę odnieść się do kwestii, które zostały przedstawione i zwrócić uwagę na nowe sprawy. Przede wszystkim, rzeczywiście, Narodowa Strategia Onkologiczna jest dokumentem strategicznym, obmyślonym na działanie 10-letnie. Oczekiwanie natychmiastowych efektów i rezultatów jest naiwnością, nie uda się tak zrobić. Moim zdaniem przyjęty

wskaźnik przeżyć pięcioletnich, który jest honorowany przez onkologię na całym świecie, jest wskaźnikiem jak najbardziej racjonalnym i dopiero na jego podstawie za pięć lat będziemy mogli powiedzieć jak działa Narodowa Strategia Onkologiczna. W tej chwili mamy Krajowy Rejestr Nowotworów, który też nam mówi, jakie są przeżycia jednoroczne czy trzyletnie w chorobach nowotworowych. Jeśli chodzi o protonoterapię, wydaje się mi, panie doktorze, że na początku ten ośrodek powstał z grantu europejskiego, naukowego i to uniemożliwiało prowadzenie jakichkolwiek działań komercyjnych. Interesowaliśmy się tym, jako pacjenci, i mówiono nam, że tam leczony jest tylko czerniak i nic więcej. Rzeczywiście, w ośrodku nie było nawet jednego onkologa. Cieszymy się bardzo, że Narodowa Strategia Onkologiczna nareszcie uwzględniła rehabilitację, a nawet już w tej chwili mówimy o specjalizacji, która nazywa się rehabilitacją onkologiczną. Pojawił się nowy sprzęt, nareszcie nieliczne zakłady rehabilitacji przy centrach onkologii będą leczyły przede wszystkim pacjentów onkologicznych a nie wszystkich. Myślę, że kolejki do rehabilitacji zmniejszą się.

Jeśli chodzi o dostępność do leczenia, nie wiem czy państwo wiedzą, ale EMA rocznie rejestruje w Europie około 40 cząstek. Na liście majowej było 11 cząstek onkologicznych. Myślę, że to też jest ogromny postęp w tym zakresie. To, co jest ważne, jeśli chodzi o profilaktykę i kampanię profilaktyczną, kiedyś w rozmowie z panem ministrem stwierdziliśmy, że trzeba sprawdzić, jak działa kampania. Moim zdaniem kampanie są za mało poruszające widzów i odbiorców. One przelatują między proszkami do prania i innymi reklamami. To powinno być coś bardziej wyrazistego. Mnie osobiście lepiej odpowiadały kampanie, które przygotowywane były w czasach pana ministra Radziwiłła. Może one bulwersowały, ale były widoczne. Natomiast te kampanie przelatują, ani oko ani słuch nie zatrzymują się. Wydaje się mi, że profilaktyka powinna być skierowana nie do Warszawy czy innych miast wojewódzkich, ale przede wszystkim powinna zejść na poziom powiatów. To jest bardzo ważne. Jeżeli tego nie zrobimy, będziemy bez przerwy otrzymywać telefony od ludzi z małych miasteczek, którzy już są w zaawansowanym stanie nowotworów i nie wiedzą, co zrobić i jak się leczyć. Panie ministrze, bardzo nam zależy i bardzo prosimy, żeby przesunąć w harmonogramie Narodowej Strategii Onkologicznej uruchomienie koordynatora pacjenta onkologicznego. Pandemia pokazała, że koordynacja i komunikacja jest bardzo ważna. Gdyby można było przesunąć w tych działaniach, to byłoby bardzo ważne. To naprawę zmieniłoby jakość opieki onkologicznej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, Narodowa Strategia Onkologiczna przewiduje standaryzację, postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w dziedzinie onkologii. Kilka dni temu minęły cztery lata, od kiedy mamy nowelizację ustawy o pakiecie onkologicznym, która nałożyła na pana ministra obowiązek publikowania w formie obwieszczenia tych wytycznych. Do tej pory, w ciągu czterech lat udało się jej jedynie obwieścić wytyczne dotyczące raka piersi. Jaka jest przyczyna, że ministerstwo nie realizuje zapisów tej ustawy i kiedy możemy spodziewać się następnych publikacji, obwieszczeń o kolejnych nowotworach? O tym mówimy od kilkunastu miesięcy na każdym posiedzeniu Komisji, zespołów do spraw onkologii czy zespołu do spraw zdrowia publicznego.

Jeżeli chodzi o inwestycje w kadry, mam pytanie do pana ministra, jak kształtuje się liczba obejmowanych rezydentów w dziedzinach związanych z onkologią w ostatnich latach, w szczególności onkologii klinicznej, patomorfologii, o której wiemy, że jest dramatyczna sytuacja kadrowa, i hematologii dziecięcej. Jeżeli chodzi o inwestycję w pacjenta, mówimy dużo o mammografii, cytologii. Jeszcze przed pandemią liczba zgłoszeń na mammografię i cytologię była dramatycznie niska. Co z tego, że mamy coraz lepsze leki w leczeniu raka piersi, skoro okazuje się, że jesteśmy jedynym krajem w Europie, który z roku na rok ma zwiększającą się liczbę zachorowań na raka piersi. Jeśli chodzi o raka szyjki macicy, jesteśmy chyba krajem, do którego mogą przyjeżdżać lekarze studiujący ginekologię i oglądać na żywo, jak wygląda rak szyjki macicy. To jest dramatyczne wyzwanie, od wielu lat o tym mówimy.

Jeżeli chodzi o inwestycje w innowacje, już była o tym mowa, ale też chcę zwrócić uwagę, bo pan doktor Hoc tak pięknie mówił o dostępach do wszystkich innowacyjnych wynalazków w Polsce…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie odnosimy się do siebie, bo to znowu nakręci dyskusję pomiędzy posłami.

Poseł Marek Hok (KO):

Chcę powiedzieć krótko, że są innowacyjne metody dostępne w Polsce, ale jeśli chodzi o tzw. roboty da Vinci, jest ich kilkanaście w Polsce, ale niestety nie są refundowane przez Fundusz Zdrowia. Są dostępne, ale dla bogatych ludzi, bo zabiegi kształtują się na poziomie kilkudziesięciu tysięcy złotych. Jeszcze jedna sprawa dotycząca innowacji. Fundusz Medyczny, który miał również finansować tego typu innowacje w onkologię, okazało się, że na liście wykazu technologii lekowych Funduszu Medycznego nie ma żadnego leku onkologicznego, chociaż Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wystawiła pozytywną opinię dla kilku z nich. Niestety, one nie znalazły się na tej liście.

To wszystko, dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Czy są zgłoszenia ze strony społecznej? Nie ma. Bardzo proszę, pan poseł Maksymowicz.

Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska2050):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni goście. Mam trzy punkty. Pierwszy punkt to uwaga do raportu, który jest elegancko przygotowany, natomiast jest pewna wada. Nie trzeba się bronić, pomyślmy jak to naprawić. Chodzi o sprawy innowacyjności, przynależące generalnie do Ministerstwa Nauki i jeszcze gdzieś indziej. Tam dzieje się dużo. Państwo nie mieli możliwości pochwalić działań rządu, dokument jest strategiczny. Muszę powiedzieć, że na Uniwersytecie Jagiellońskim rząd sfinansował badania nad zupełnie unikalnym aparatem do pozytonowej emisji tomografii. To jest innowacyjność pierwszej klasy, ale brakuje informacji. Muszę powiedzieć, że za trzy miesiące minie rok, od kiedy zrezygnowałem z pracy w ministerstwie, ale przez ostatnie dwa miesiące pracy nie mogłem skontaktować się z ministrem zdrowia i pewnie to są tego skutki. Państwo nie wiedzą, co dobrego było robione.

Następna sprawa. Innowacyjność dotyczy nie tylko leków, ale działalności. Przydzielono Agencję Badań Medycznych. Ona w swoim planie ma bardzo wiele badań i uruchamiała centra. To jest w porządku, panie ministrze. O jednym obszarze wspomniałem, ale nowe sprawy już wypłynęły przed chwilą w dyskusji. Mówimy o radioterapii. To nie jest nowość, ale dla nas jest innowacyjność, jeżeli coś zrobiono. Innowacyjne są nowe metody radioterapii, które jeszcze nie występują w Polsce, które są konkurencją i udoskonaleniem Gamma Knife. Musimy otworzyć drogę legislacyjną, żeby można było podobnie stosować.

Proszę państwa, w drugim punkcie chcę zaapelować. Każdy może bić się w piersi, kto nie rządził, gdyż to jest ogromny problem. Stawiamy sobie nowe cele strategiczne i one są w jakimś stopniu do spełnienia, ale nie do końca. Ciągle jesteśmy w ogonie Europy. W związku z tym, napięcie polityczne, które wystąpiło tutaj, było niepotrzebne. Jakiś czas temu dowiedziałem się, co było w Krakowie, nie mając pojęcia, że z tym miał cokolwiek wspólnego Arłukowicz. Dopiero teraz dowiedziałem się od państwa. Widziałem problem, wystąpiłem do ministra zdrowia, otrzymałem informację, że jest problem, gdyż nie zarejestrowano działalności leczniczej. Należy pomóc, niezależnie który rząd to załatwił, że powstało to przy Wydziale Fizyki na Uniwersytecie Jagiellońskim. Nie wiem, kto to prowadził, czy miał sympatie polityczne czy nie? Powinno się umożliwić. Widziałem raport konsultanta krajowego do spraw radioterapii – dla mnie był skandaliczny. Kładł pod nogi takie kłody, które uniemożliwiały uruchomienie tego szeroko. To jest problem. Chcę powiedzieć, dlaczego nie powinniśmy mówić o tym politycznie. Podam przykład. Drugi Gamma Knife w Polsce otwarto w 2013 r. i były rzucane ogromne kłody. Kto rządził w 2013? Przecież nie Prawo i Sprawiedliwość. Przez co najmniej dwa, trzy lata Narodowy Fundusz Zdrowia nie zdecydował się otworzyć finansowania, bo to było

przy Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, częściowo prywatnie. To jest identyczna sprawa. Nie jest ważne, kto był za to odpowiedzialny. Nie róbmy tak. Jeśli zdobyliśmy pieniądze na coś nowego, publiczne czy prywatne, zróbmy tak, żeby to służyło ludziom. Bijmy się po cichu w piersi i załatwiajmy sprawy. Nie powinniśmy w ogóle o tym dyskutować.

Proszę państwa, na koniec chcę powiedzieć o jednej sprawie, bo z dzisiejszej dyskusji odniosłem przykre wrażenie. Było tyle niepotrzebnych wzajemnych połajanek, obrony Częstochowy itd. Było źle, jest źle, róbmy wszystko, żeby było lepiej. Mam niesmak, panie przewodniczący. Z przyjemnością słuchałem fachowych wypowiedzi, niepolitycznych, ciał społecznych. Szkoda, że mamy za mało czasu, bo naprawdę uważam, że powinniśmy bardzo dużo skorzystać. To jest nadal nasz wspólny i znaczący problem. Trudno odbierać reprezentantom osób chorych możliwości wypowiedzi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie profesorze, muszę wyjaśnić jedną sprawę. Proszę pamiętać, że jest przyjęty zwyczaj, że najpierw wypowiadają się posłowie, potem strona społeczna. Z powodów, o których pan mówił, dopuściłem wypowiedzi na przemian, zaczynając od strony społecznej. Przyznam szczerze i miałem świadomość, że skoro pan miał czasami problem z kontaktem z resortem, zakładam, że stronie społecznej nie jest łatwiej. Zakładałem, że wykorzystają czas na zwrócenia uwagi na pewne aspekty, problemy, nawet konkretne leki, a nie na analizę tego, czy możemy po roku czy dwóch mieć postęp w przeżyciach pięcioletnich. W moim przekonaniu szkoda, że w tym kierunku, niestety trochę politycznym, poszła dyskusja, a była szansa załatwić konkretne sprawy dla konkretnych grup pacjentów.

Druga sprawa. Nie chcę oskarżać, bo nie w tym kontekście powiedziałem o Arłukowiczu czy wcześniej o Ewie Kopacz. Nie chcę oskarżać, po prostu pokazuję, bo zostało to wytknięte obecnemu ministrowi zdrowia. Chcę wyjaśnić, że wtedy zapewne nie minister zdrowia wstawił fizykom aparaturę, tylko ktoś inny. Natomiast błąd zrobiono na samym początku i wówczas nikt tego nie skorygował. Na samym początku powinna być decyzja, że to ma służyć przy okazji badaniom naukowym.

Teraz pani poseł Zawisza i później pan minister znowu odpowiada.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Panie ministrze, panie przewodniczący, postaram się bardzo krótko. Jeżeli chodzi o liczbę mammografii, mamy spadek o 27%, w przypadku cytologii jest spadek niemal o 40%. Było już dużo mówione o stanie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, nie będę się rozwodziła. Mam konkretne pytanie – jakie wnioski na przyszłość wyciąga ministerstwo z tego dramatycznego stanu rzeczy po ponad roku pandemii? Jak będzie przygotowany system ochrony zdrowia, by wstrząsy w rodzaju kolejnych fal pandemii nie powodowały tak dramatycznych spadków w profilaktyce innych chorób, szczególnie chorób nowotworowych? To jest szczególnie istotne, bo już teraz eksperci zapowiadają, że jesienią z powodu niskiego stanu zaszczepienia czeka nas czwarta fala. Chciałabym, aby to było trochę więcej niż wystosowanie apeli ministra zdrowia do Polaków, bo wiemy, że to działa słabo, jeśli w ogóle.

Jeszcze krótkie pytanie dotyczące prewencji pierwotnej. Narodowa Strategia Onkologiczna stawia sobie za cel wdrożenie rozwiązań wspierających politykę antynikotynową. To dobrze, ale mam pytanie. Z jednej strony Ministerstwo Zdrowia prowadzi słuszne działania w tej kwestii, a w tym samym czasie Ministerstwo Finansów postanawia nie pobierać akcyzy od liquidów i podgrzewaczy tytoniu. Mam nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia przeprowadzi działania mające na celu konsultacje programu profilaktyki pierwotnej z Ministerstwem Finansów, bo tutaj państwo działają w sprzecznych kierunkach. Pytanie, jakie to są działania. Bardzo chcę się dowiedzieć, czy Ministerstwo Finansów jednak zmieni zdanie, bo to mogłoby pomóc ograniczyć występowanie zarówno raka płuc, jak i innych chorób związanych z chorobami płuc w Polsce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Wolski.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Dziękuję. Czas nas ogranicza. Ja też czuję niedosyt, że strona społeczna, mówiąca o ciekawych sprawach od strony środowiska onkologii, była trochę szykanowana, ale chyba nie dlatego, że mówiła prawdę, niekoniecznie sympatyczną dla strony rządowej. Aby nie przedłużać, gdyż dzisiaj, jak mówił przewodniczący Latos, mamy wiele posiedzeń Komisji, omawiamy różne ważne problemy i dokumenty przygotowane przez tego samego ministra zdrowia, oczywiście przy udziale różnych współpracowników. Chcę trochę nawiązać, nie mówiąc o gwałtownym postępie onkologii, zarówno w wymiarze diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Koszty rosną nieprawdopodobnie. Próbujemy z wielkim uporem nadganiać. Aby sprawa była jasna, dokument Narodowa Strategia Onkologiczna jest niezwykle inteligentny, każdy może tam znaleźć coś miłego dla siebie w dowolnej części. Jednak ja chciałem na to spojrzeć trochę inaczej i powiedzieć krótko, niejako nawiązując do tego, co wczoraj rozpatrywaliśmy, czyli o programach zdrowotnych, w tym onkologicznych. Dzisiaj omawialiśmy założenia Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2022. W tym bardzo fajnym, starannie zrobionym, niepopularnym również dla Ministerstwa Zdrowia, jeżeli mówimy o prewencji pierwotnej, słusznie jest wymieniony POZ. W prewencji wtórnej słusznie są wymienione zadania dla podstawowej opieki zdrowotnej, również dla medycyny pracy, z uwagą, że jeżeli poszerzymy zadania dla medycyny o niektóre programy, żeby wkomponować profilaktykę nowotworową, nie powinno to się odbywać kosztem pracodawców. Mam nadzieję, że minister o tym myśli.

Przejdę do kwestii POZ. Właśnie się dowiedzieliśmy, że finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej będzie procentowo mniejsze niż w roku bieżącym, nie mówiąc o uwzględnieniu inflacji, wzrost mniej więcej 22% dla szpitalnictwa. Jest taka potrzeba. Natomiast jest duży spadek finansowania dla POZ. Jak pan minister sobie wyobraża POZ w kolejnych zadaniach? Były takie wypowiedzi. Nie w ramach pilotażu, bo tam jest tylko 15 tys. pacjentów chorujących. Najważniejsze dla zdrowia publicznego jest przeciwdziałanie zachorowaniom i jak najszybsze wykrywanie. Oczywiście największa jest rola samego pacjenta – samoświadomość, zgłaszanie się, robienie badań – tutaj się starajmy. Tak naprawdę, w najmniejszej poradni lekarza rodzinnego na wsi powinna być czujność onkologiczna, wyłapywanie pacjentów. Lekarzy rodzinnych nie przybędzie, ale jeśli będą pieniądze w POZ, ale nie tak, jak jest zapowiadane, będzie można przyjmować niektóre zadania, mówiąc brzydko „na klatę". Mając zabezpieczenie finansowe możne realizować w interesie nas wszystkich, ale nie w sytuacji, gdy po niezłym okresie dla POZ zaczyna się czarny okres. Odrobina złośliwości. Ponieważ szpitale mają być państwowe, płacimy, bo są potrzebne. Aktulnie minister nie ma wpływu kadrowego na POZ. Być może będą takie starania, ale nie dzisiaj. Zatem, niech sobie sami radzą bez pieniędzy z NFZ. Takie podejście byłoby fatalne dla interesu pojedynczych pacjentów zdrowia publicznego.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Przypominam tylko, że rozpatrujemy dokument Narodowa Strategia Onkologiczna a nie inne sprawy. Rozumiem, że pan poseł Wolski poszedł w innymi kierunku i żyje jeszcze poprzednim posiedzeniem Komisji.

Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Proszę państwa, przypominam, że jesteśmy ograniczeni czasowo, proszę o dyscyplinę. Było wiele gorzkich uwag. Zwracałem uwagę stronie społecznej nie włączając mikrofonu. Przepraszam, jeżeli to było źle odebrane, ale obowiązuje nas protokół i grzecznością jest mówienie, gdy przewodniczący udziela głosu. Proszę bardzo, pani poseł, ale proszę przestrzegać czasu.

Poseł Monika Rosa (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, chcę powiedzieć o profilaktyce. Widzimy, że w roku 2020 był znaczny spadek badań mammograficznych, cytologicznych. Jak wygląda sytuacja w pierwszej połowie bieżącego roku? Czy rzeczywiście ten spadek jest wciąż nieustająco widoczny? Po drugie, to się rozkłada terytorialnie. Gdzie są najczęściej wykonywane badania profilaktyczne? Czy są powiaty w Polsce, które są białymi plamami? Raport NIK wykazał, że w wielu gminach miejsko-wiejskich brakuje poradni ginekologiczno-położniczych, dlatego może być problem. Czy w związku ze spadkiem wykonywanych badań, nie warto włączyć tego pakietu do programu 40+? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Proszę uprzejmie, panie pośle.

Poseł Riad Haidar (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, powiem bardzo krótko. Chcę prosić o zwrócenie uwagi w programie Narodowej Strategii Onkologicznej na kwestie psychoterapii pacjentów onkologicznych i połączenie w kontekście rehabilitacji jako całość. Wiadomo, że są braki i dostęp do psychoonkologów czasami graniczy z cudem. Bardzo proszę o zastanowienie się nad tym problemem i zwrócenie uwagi, w jaki sposób to zapewnić.

Druga kwestia, panie ministrze. Dobrze mówimy, ustalamy programy. Przychylam się do głosu pana profesora Maksymowicza. Dla pacjenta onkologicznego pewność, że otrzyma leczenie jest jednym z bardzo ważnych elementów w leczeniu. Jeżeli pacjent onkologiczny staje przed dylematem, że jutro może zabraknąć środka, który otrzymuje albo wylatuje z programu z powodu wieku albo braku środków, to nie działa dobrze na jego psychikę. Ja, jako poseł i lekarz, a także moi koledzy bardzo często otrzymujemy prośbę o interwencję w zapewnieniu leków onkologicznych. To są bardzo ważne kwestie z punktu widzenia stabilizacji i dalszego leczenia pacjentów onkologicznych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Nie słyszę. Bardzo proszę, panie ministrze. Pana też obowiązuje cezura czasowa. W żadnym wypadku pół godziny.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Pierwszy raz ministra obowiązuje cezura czasowa, ale…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bo gospodarzem jest Sejm, a pan sprawozdaje Sejmowi to, co robi rząd a nie odwrotnie.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Nowe zasady, panie przewodniczący, ale cóż, lecimy.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie ministrze, proszę tak nie mówić, bo to jest bardzo ważna sprawa.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Lecimy, lecimy, też będę się streszczał. Wracam do pani poseł Masłowskiej. W ciągu półtora, dwóch miesięcy rozporządzenie o certyfikacji trafi do konsultacji, aby od 1 stycznia 2022 r. mogło spokojnie obowiązywać. Koordynator pacjenta onkologicznego – o to pytali pacjenci. Faktycznie, założyliśmy większą aktywność w zakresie przygotowania merytorycznego koordynatorów na rok 2023, ponieważ ustawa o Krajowe Sieci Onkologicznej będzie zobowiązywała ośrodki lecznicze do posiadania nie tylko koordynatora, ale do posiadania na określoną liczbę pacjentów. Myślę, że spróbujemy rozpocząć nieco wcześniej procesy szkoleniowe. Mam nadzieję, że na ten postulat odpowiemy pozytywnie. Pan poseł Hok pytał o kilka dosyć ciekawych kwestii – rezydentury w onkologii w tych specjalizacjach. Spróbuję je zestawić z liczbą lekarzy, których mamy dzisiaj w systemie. Myślę, że to nie wygląda tak źle, jak moglibyśmy podejrzewać. Chirurgia onkologiczna – 950 lekarzy wykonujących zawód, obecnie w trakcie specjalizacji 272 osoby; ginekologia onkologiczna – 337 lekarzy, 100 osób w trakcie specjalizacji; hematologia – 541 lekarzy, 212 w trakcie specjalizacji; onkologia kliniczna – 1046 lekarzy, 434 w trakcie specjalizacji; patomorfologia – 800 lekarzy, 140 osób w trakcie specjalizacji, podobnie radioterapia – 837 lekarzy, 146 w trakcie specjalizacji. Uważam, że to są niezłe dane i nadal będziemy prowadzili, również w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Nie ma tego w raporcie, natomiast rozpoczynamy zadanie, w którym namawiamy studentów medycyny, żeby wybierali specjalizacje onkologiczne po zakończeniu studiów. Przygotowujemy pewien program szkoleniowy i zachęcający. To również jest jedno z działań, w którym chcemy przekonać osoby, że warto wiązać się dalej z onkologią.

Pan poseł postawił bardzo słuszną diagnozę odnośnie do profilaktyki. Jesteśmy dalecy od satysfakcji dotyczącej liczby zgłoszeń w tym zakresie, szczególnie była mowa o raku szyjki macicy. Sama Narodowa Strategia Onkologiczna już pokazuje na czym nam zależy i te działania są tam zdefiniowane. Po pierwsze, szczepienia HPV. Od następnego roku

planujemy ruszyć z ogólnopolskim programem w tym zakresie. Po drugie, to o czym mówił pan poseł Wolski, czyli zwiększenie aktywności POZ. Pokładamy ogromne nadzieje w tym, że POZ weźmie odpowiedzialność za swoje populacje pacjentów, a my szykujemy pewne narzędzia interwencji. Wcześniej mówiłem o pilotażu HPV DNA, nowej metodzie w zakresie wykrywania raka szyjki macicy i dokładniejszej, ale może bardziej zachęcającej pacjentki. Wiele pacjentek poszukuje tej metody, której nie refundujemy w Polsce, ale przymierzamy się do tego, realizując pilotaż przy współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii.

Odnośnie do standaryzacji, faktycznie czas posypać głowę popiołem, kilka razy to robiłem w tym obszarze. Natomiast chcę jasno powiedzieć, że zaplanowaliśmy zmiany w onkologii już w roku 2018, gdy pojawiło się pierwsze obwieszczenie o raku piersi, o którym mówił pan poseł. Zaplanowaliśmy je kompleksowo, ale nieco z góry do dołu – pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowa Strategia Onkologiczna, zmiany w zakresie leczenia kompleksowego. Standaryzacja była jednym z istotnych obszarów. Rozpoczęliśmy te działania. Mówiłem o programie unijnym – pięć grup nowotworowych, mówiłem o zleceniu dla Narodowego Instytutu Onkologii, współpracy z NCCN, więc myślę, że jesteśmy absolutnie na właściwej drodze, żeby jeszcze w tym roku pojawiły się pierwsze standardy, wytyczne, również w zakresie raka piersi. W przypadku raka piersi standard był niestety dość mocno krytykowany przez ekspertów z onkologii. Pan profesor Maksymowicz mówił o wadach tego raportu. Częściowo się zgadzam, częściowo nie. Dlaczego? To też nie jest dokument pochwalny wszystkich działań rządu, tylko sprawozdanie z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej. Faktycznie, może na etapie proponowania NSO mogliśmy zrobić jeszcze większy i szerszy katalog działań, natomiast wydaje się mi, że prawie 94 działania to jest bardzo ambitny plan.

Obie panie poseł pytały o pandemię i profilaktykę, jakie wnioski wyciągamy, jakie działania planujemy? Po pierwsze, myślę, że Komisja Zdrowia będzie zainteresowana, ponieważ pojawiło się wiele mitów, nieprawdziwych informacji o onkologii i sytuacji onkologii w czasie pandemii. Aby przeciąć te mity, zleciłem Narodowemu Instytutowi Onkologii przygotowanie raportu onkologia a COVID-19 w Polsce, również na tle międzynarodowym. W ciągu dwóch tygodni będziemy wspólnie prezentowali ten raport. Być może Komisja Zdrowia również będzie zainteresowana, żeby to omówić. Tam znajdzie się również odniesienie do profilaktyki w roku 2020. Faktycznie w odpowiedzi na postulat pani poseł, myślę, że w ramach erraty albo gdzieś na boku przygotuję nasz raport za pierwsze półrocze 2021 r. Dane NFZ, czyli program raka szyjki macicy, mammografii są na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast w przypadku raka jelita grubego zbieramy dane za pierwsze półrocze. Trzeba pamiętać, że pierwsze półrocze też było trudnym okresem. Kumulacja, czyli trzecia fala, była w roku 2021. Jakie wnioski? Powiem na szybko. Program 40+, o którym państwo doskonale wiedzą, to jest odpowiedź popandemiczna. Prowadzenie świadczeń bezlimitowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej też jest odpowiedzią w obszarze wczesnej diagnostyki, bo chociażby badania w zakresie kolonoskopii, gastroskopii realizowane w AOS są bezlimitowe. Ogłosiliśmy już postępowania konkursowe na przesiew w przypadku raku płuc, na tomografię niskodawkową, czyli coś, co wcześniej testowaliśmy pilotażowo ze środków unijnych w małej skali. Teraz rozszerzyliśmy tak, żeby dostęp do takich ośrodków był w każdym województwie.

Przechodzę płynnie do zagadnień pana posła Wolskiego. Rzeczywiście, o czym mówiłem wcześniej, POZ ma narzędzia interwencji – motywacyjne, czyli finansowe, współczynniki korygujące za objęcie populacji nie w ramach środków bieżących NFZ, tylko z Funduszu Medycznego. Mamy na to wyodrębnione finansowanie ponad 100 000 tys. zł na ten rok, więc myślę, że nie uda się tego wszystkiego wydatkować. Powiem więcej, zaczynamy od motywacji, ale moim oczekiwaniem jest, żeby to był system symetryczny, mówiący o motywowaniu najlepszych, ale chciałbym również wprowadzić system karania najgorszych. Dla mnie trochę niezrozumiałe jest, jeżeli zgłaszalność na badania mammograficzne w danej populacji lekarza POZ wynosi 30%. To oznacza, że system nie wykazuje żadnej aktywności w opiece nad pacjentkami. Chcemy to zbalansować. Zaczy-

namy od motywacji, od marchewki, natomiast w przyszłości chcielibyśmy wprowadzić również kij.

Na koniec pan poseł Haidar mówił o bardzo ważnym aspekcie psychoonkologii, psychoterapii, znaczeniu wsparcia psychologicznego w przypadku leczenia pacjentów onkologicznych. Narodowa Strategia Onkologiczna też o tym mówi, że to jest dla nas ważny obszar. Pewne zmiany już procedujemy. W kolejnych produktach rozliczeniowych dotyczących kompleksowego leczenia raka piersi, jelita, płuca, psychoonkologia zawsze znajduje się jako wymóg. Zdajemy sobie sprawę, że dzisiaj wiele ośrodków onkologicznych niestety nie zapewnia tego w sposób należyty, dlatego chcemy rozpocząć od najlepszych, najbardziej kompleksowych i zapisami rozporządzenia zmusić do posiadania. Myślę, że w dalszej kolejności będziemy to rozszerzali na większość ośrodków. Natomiast odnośnie do kontynuacji terapii, myślę że obawa pacjentów o brak kontynuacji leczenia jest trochę nadmiarowa. Po pierwsze, mamy niedawno wdrożone rozwiązania systemowe związane z kontynuacją terapii. Faktycznie, leki wypadają z list refundacyjnych często z powodów niezależnych od ministra zdrowia (np. firmy nie przedłużają wniosku refundacyjnego), wtedy przez rok od przerwania terapii NFZ finansuje w trybie odrębnym, mimo że terapia nie jest refundowana, ale tylko dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie. Nowi nie są włączani. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję za rygor czasowy. Sądzę, że rozpatrzyliśmy bardzo ważną strategię, która opiera się na pięciu ważnych warunkach inwestycji w różne obszary dotyczące spraw onkologii. Pozostaje mi tylko zamknąć dyskusję i przejść do części formalnej. Ponieważ ten dokument nie jest dokumentem ustawowym, więc sprawozdanie będzie musiało zostać przedstawione na posiedzeniu plenarnym Sejmu. W związku z tym proponuję dwa rozwiązania. Po pierwsze, Komisja musi przyjąć lub odrzucić ten dokument. Po drugie, musi wyznaczyć posła sprawozdawcę.

Czy ktoś z pań i panów posłów jest przeciwny przyjęciu dokumentu Narodowa Strategia Onkologiczna przez Wysoką Komisję i przedstawienia Wysokiej Izbie na posiedzeniu plenarnym? Nie słyszę. Zatem przyjęliśmy Narodową Strategię Onkologiczną do przedstawienia Wysokiej Izbie.

Pozostaje nam wybór posła sprawozdawcy. Na moje ręce wpłynęła propozycja, żeby pani Barbara Dziuk została sprawozdawcą. Czy pani poseł się zgadza? Tak. Czy są inne propozycje? Nie słyszę. Czy ktoś jest przeciwny, żeby pani poseł Barbara Dziuk była sprawozdawcą? Nie słyszę. Ogłaszam, że pani poseł została sprawozdawcą Komisji.

Na tym zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia. Dziękuję.